



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "OLGA ROVERE"

Via San Rocco, 66 - 00068 - RIGNANO FLAMINIO - ROMA  
☎ 0761 597012 Fax 0761 506301



C.F. 97198420586 - C.M. RMIC877001 - 31° Distretto Scolastico  
Codice IPA: **istsc\_rmic877001** - Codice univoco ufficio per FE: **UFFKHF** Codice AOO: **A482310**  
sito web: [www.olgarovere.edu.it](http://www.olgarovere.edu.it) e-mail: [RMIC877001@istruzione.it](mailto:RMIC877001@istruzione.it)  
PEC: [rmic877001@pec.istruzione.it](mailto:rmic877001@pec.istruzione.it)

**DOMANDA DI PERMESSI PER ASSISTENZA AD UN FAMILIARE DISABILE**

(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

DOCENTE  DSGA  ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  COLLABORATORE  
SCOLASTICO, con rapporto di lavoro  a tempo indeterminato  a tempo determinato

**chiede**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il

Sig./ra (nome disabile) .....

nato/a a ..... il ..... C.F. ....

e residente a ..... con il quale è nella seguente relazione di parentela:

.....

**MODALITA' DI ERUZIONE DEI PERMESSI**

- 3 giorni** interi di permesso al mese;
- 18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

A tal fine, **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,**

**dichiara che:**

- nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave;
- l'altro genitore:  
Sig./ra ..... C.F. ....  
 non è dipendente  è dipendente  
presso.....  
beneficia dei permessi giornalieri per lo stesso figlio con disabilità grave alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo mensile di tre giorni complessivi tra i due genitori;

- il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità di 3° grado:
  - non è coniugato;
  - è vedovo/a;
  - è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
  - è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
  - è stato coniugato ma il coniuge è deceduto;
  - è separato legalmente o divorziato;
  - è coniugato ma in situazione di abbandono;
  - ha uno o entrambi i genitori deceduti,
  - ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
  - ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;
  
- è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
  
- presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni ovvero necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
  
- è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
  
- il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno, con le eccezioni previste al punto 3 della circolare del 3 dicembre 2010 n. 155;
  
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno)

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza.
  
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni ( in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie)

dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)

- ❑ dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave - ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) - nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
  
- ❑ nei casi previsti, documentazione sanitaria attestante patologia invalidante rilasciata dal medico specialista del SSN o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.
  
- ❑ nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.

Data.....

Firma del dipendente

.....

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
**(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)**

Il/la sottoscritt.....  
nato/a a..... il..... residente  
in..... prov.....  
via/piazza..... cap.....  
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,  
per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di..... il.....;
- di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di ..... grado del richiedente in quanto .....
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra.....  
nato a..... il.....CF.....  
e residente in .....

**MODALITA' DI FRUIZIONE DEI PERMESSI:**

- 2 ore** di permesso al giorno per ciascun giorno lavorativo del mese;
- 3 giorni** interi di permesso al mese;
- 18 ore** mensili da ripartire nelle giornate lavorative secondo le esigenze personali, frazionabili e fruibili per un tempo pari o superiore ad un'ora; le predette ore, se fruite per l'intera giornata, comporteranno un abbattimento dell'orario teorico giornaliero (pari a 7 ore e 12 minuti).

Si allega copia del documento di riconoscimento..... n.....  
rilasciato da..... il.....

Firma .....

Luogo e data.....